

## Werden Sie Hospiz-Begleiter im Ehrenamt. Schenken Sie Zeit, Nähe und Mitgefühl.

Sterben gehört zum Leben – und doch ist es eine Zeit, in der niemand allein sein sollte. Unser ambulanter Hospizdienst begleitet Menschen auf ihrem letzten Weg, gibt ihnen Halt und entlastet ihre Angehörigen, schenken das Wertvollste, was man geben kann: Zeit, Mitgefühl und ein offenes Ohr.

### Sie können helfen, indem Sie:

- Gespräche führen oder einfach nur zuhören.
- Da sind – auch in Stille.
- Angehörige entlasten und ihnen Momente der Ruhe schenken.
- Gemeinsam mit uns Menschen in ihrer letzten Lebensphase begleiten.

### Was wir Ihnen bieten:

- Eine fundierte Vorbereitung und Schulung.
- Begleitung und Unterstützung durch unser Team.
- Eine erfüllende Aufgabe, die tiefe Dankbarkeit hinterlässt.

### Wir freuen uns auf Sie!

#### Kontakt:

Dietlind Ampler                      Heike Sodemann  
Tel. 0151 288 98 755              Tel. 0151 685 67 537  
koordination@ostseehospiz.de  
www.ostseehospiz.de



OstseeHospizDienst gUG (haftungsbeschränkt)  
Ernst-Rieck-Straße 8 | 18225 Kühlungsborn



JA, ICH WERDE  
UNTERSTÜTZER!



**Beitrittserklärung/SEPA-Lastschriftmandat**

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein  
OstseeHospiz e.V., Ernst-Rieck-Straße 8, 18225 Kühlungsborn  
(Zahlungsempfänger)

Name/Vorname .....

Straße/Nr. ....

PLZ/Ort .....

Tel./Handy .....

E-Mail .....

Datum/Unterschrift .....

Mit der Mitgliedschaft erkenne ich die Satzung an.  
[www.ostseehospiz.de](http://www.ostseehospiz.de)

Der Mitgliedsbeitrag wird wiederkehrend zum 15. eines Monats/  
Quartals/Halbjahres oder Jahres eingezogen.

**Ich leiste jährlich einen Beitrag von:**

60,- €     120,- €     .....

**Zahlweise:**

monatlich     vierteljährlich     halbjährlich     jährlich

Ich spende zusätzlich einmalig .....

.....  
Datum/Unterschrift

Eine Spendenbescheinigung erhalten Sie automatisch.

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige/n den Zahlungsempfänger, Zahlungen von  
meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.  
Zugleich weise/n ich mein/wir unser Kreditinstitut an, die vom  
Zahlungsempfänger auf mein/ unser Konto gezogenen  
Lastschriften einzulösen.

Gläubiger-Identifikationsnummer  
des Zahlungsempfängers: DE 17 ZZZ 00002412344

**Angaben des Zahlungspflichtigen:**

Vorname/Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl/Ort

IBAN des Zahlungspflichtigen = Mandatsreferenz

BIC:

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

## AUS LIEBE ZUM LEBEN

OstseeHospizDienst gUG (haftungsbeschränkt)  
Ernst-Rieck-Straße 8  
18225 Kühlungsborn

Koordination:

Dietlind Ampler

Heike Sodemann

Tel. 0151 288 98 755

Tel. 0151 685 67 537

[koordination@ostseehospiz.de](mailto:koordination@ostseehospiz.de)

[www.ostseehospiz.de](http://www.ostseehospiz.de)

Ihr ehrenamtlicher Begleiter:

## AUS LIEBE ZUM LEBEN

Sie sind schwer erkrankt  
und wünschen für sich  
und Ihre Angehörigen  
Beratung, Begleitung und Entlastung?

Unsere ehrenamtlichen  
Hospiz-Begleiter  
stehen an Ihrer Seite  
und sind für Sie da.

Gemeinsam  
gestalten wir Ihr Leben  
bis zuletzt lebenswert.

